DISSERTATION

N° 124.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 juin 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR THÉOPHILE SAMANOS, né à Bidache,

Département des Basses-Pyrénées.

Ars tota in observationibus.
BAGLIVI.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs

LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.
ALIBERT.
BÉCLARD, *Président.*
BERTIN.
BOUGON.
BOYER.
CAYOL, *Suppléant.*
CLARION.
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL.
DUPUYTREN.

Messieurs

FIZEAU.
FOUQUIER.
GUILBERT, *Examinateur.*
LAENNEC, *Examinateur.*
MARJOLIN, *Examinateur.*
ORFILA.
PELLETAN fils.
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.
LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Adelon.
Alard.
Arvers.
Breschet.
Capuron.
Chomel.
Cloquet aîné, *Suppléant.*
Coutanceau.
De Lens.
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*
Guersent, *Examinateur.*
Jadioux.
Kergaradec.
Maisonnabe.
Moreau.
Murat.
Parent du Chatelet.
Pavet de Courteille.
Ratheau.
Richard.
Rullier.
Ségalas.
Serres.
Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Médecin de l'hôpital civil de Bayonne ;

ET

A MA MÈRE.

Faible tribut de reconnaissance et d'attachement.

T. SAMANOS.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

Définition et synonymie.

La pneumonie est l'inflammation du parenchyme pulmonaire, accompagnée de douleur, de difficulté de respirer, d'expectoration visqueuse, sanguinolente, et de fièvre plus ou moins aiguë.

Cette maladie, une des plus fréquentes et des plus graves qui affligent l'espèce humaine, a de tout temps fixé l'attention des observateurs. Un grand nombre nous en ont donné des descriptions très-exactes, et lui ont assigné différentes dénominations; c'est ainsi qu'elle a été appelée *péripneumonie* par Linnæus, Vogel, Sauvages, Boerhaave et quelques auteurs modernes; *fièvre péripneumonique*, par Frédéric Hoffmann; *pleuro-pneumonie*, par Triller; *pulmonie*, par Arétée; enfin, en France, elle est vulgairement connue sous le nom de *fluxion de poitrine*.

Causes.

Les causes de la phlegmasie étant très-nombreuses, je les diviserai, comme on a coutume de le faire, en *prédisposantes* et en *occasionnelles*.

Causes prédisposantes. Tous les âges y sont exposés, mais surtout l'âge adulte. On l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Les personnes qui sont douées d'un tempérament sanguin ou bilieux, d'une constitution athlétique, qui s'adonnent à la bonne chère, en sont souvent atteintes.

Certaines professions semblent encore favoriser le développement de la pneumonie ; telles sont celles de maçon, de plâtrier, qui obligent à vivre dans une atmosphère chargée de molécules plus ou moins irritantes ; celles de cordonnier, de tailleur, qui donnent au corps une attitude gênante pour la circulation ; celle de crieur public, de chanteur, qui fatiguent outre mesure les organes de la respiration ; celles de forgeron, de boulanger, où l'on est forcé de braver continuellement les vicissitudes de la température.

On doit encore ranger au nombre des causes prédisposantes de la pneumonie la mauvaise conformation de la poitrine, et tout ce qui peut rétrécir cette cavité et gêner le jeu des poumons, comme la grossesse, une hydropisie, l'engorgement de quelques viscères abdominaux, leur hernie à travers les fibres du diaphragme, etc.

La maladie, très-commune dans les pays froids et tempérés, se déclare le plus ordinairement en hiver et au printemps. Toutes choses égales d'ailleurs, elle sera d'autant plus fréquente que les alternatives de chaud et de froid seront plus marquées, et que le vent du nord soufflera plus long-temps. Dans la plupart des cas, elle règne sporadiquement. Les lieux marécageux et les climats où sévit un froid rigoureux lui impriment le caractère endémique, et le passage précipité du chaud au froid le caractère épidémique, effets observés par *Hippocrate* et *Hoffmann.*

Causes occasionnelles. Les plus constantes sont, l'impression subite d'un air froid à la sortie d'un lieu chaud, la boisson d'un liquide frais pendant que le corps est très-échauffé, les exercices violens et prolongés, tels que la lutte, la danse, le chant, les cris forcés,

une équitation rapide contre la direction du vent, la respiration de gaz irritans. Il faut placer dans la même catégorie la suppression d'une évacuation habituelle, de la transpiration, du flux menstruel, hémorrhoïdal, celle de vieux ulcères et d'anciens cautères, etc., etc. On voit souvent survenir la pneumonie à la suite de la rétrocession de la goutte et du rhumatisme, de la répercussion d'un exanthème. La violente commotion des poumons, leur lésion par la fracture d'une côte ou un instrument tranchant, peuvent encore y donner lieu. Il est d'observation que la maladie s'est quelquefois manifestée à la suite des affections vives de l'âme, telles qu'un emportement de colère, un violent chagrin.

Invasion et symptômes.

L'inflammation dont il s'agit débute le plus souvent par un frisson plus ou moins long, auquel succède une chaleur assez intense. Bientôt le malade se plaint d'un sentiment d'ardeur dans la poitrine, et d'une douleur pongitive, obtuse, profonde. Cette douleur, qui n'augmente point par la pression, mais qui devient plus vive pendant les efforts de la toux, a spécialement son siége au-dessous du sein droit, s'il n'y a qu'un seul poumon d'affecté. La respiration est difficile, petite, fréquente, parfois inégale et entrecoupée ; les parois thoraciques, touchant la portion pulmonaire engorgée, restent immobiles, ou se dilatent moins que dans l'état naturel, soit pour éviter la douleur, soit parce que le poumon, n'étant plus dilatable, ne peut fournir accès à l'air ; le décubitus a lieu de préférence sur le côté souffrant ; la toux, d'abord sèche ou légèrement humide, ne tarde pas à être suivie de crachats visqueux, sanguinolens, spumeux, et tellement tenaces, que souvent on peut renverser le vase dans lequel ils sont reçus sans qu'ils s'en détachent ; leur couleur est d'un blanc légèrement verdâtre ou jaunâtre, fauve, rousse, plus ou moins rouillée, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent.

La percussion de la poitrine, dont l'invention est due à *Awenbrug-*

ger, médecin de Vienne, et qui a été tirée de l'oubli par *Corvisart*, donne au commencement de la maladie un son aussi clair et aussi sonore que dans l'état sain. Quelquefois néanmoins il est sourd dès le début, ce qui annonce du danger. Quoi qu'il en soit, si l'on réitère cette manœuvre le troisième et le quatrième jour, le son est obscur, mat, semblable à celui que rend un membre percuté. Si l'on explore la poitrine avec le stéthoscope, on entend dans le premier degré de la pneumonie, mais surtout au moment de l'inspiration, un bruit particulier, auquel M. *Laennec* a donné le nom de *râle crépitant*, parce qu'il l'a comparé à celui que fait un sel lorsqu'on le chauffe dans une bassine. Au deuxième et troisième degré de la phlegmasie, le murmure respiratoire a entièrement disparu; il reste cependant encore assez souvent un râle muqueux, qui tient à la complication de la maladie avec un catarrhe pulmonaire. Dans toutes les parties du poumon que la fluxion inflammatoire n'a pas envahies, le cylindre fait entendre une respiration appelée *puérile*.

Symptômes généraux.

Le pouls est fort, plein, dur, fréquent, et parfois mou, faible, petit, concentré, intermittent; la face est rouge et animée; les pommettes se colorent, principalement celle qui correspond au côté du poumon malade. Les yeux sont injectés, larmoyans; la bouche est sèche; la langue rouge; l'haleine chaude; la soif vive. Le ventre est resserré, ou bien il y a dévoiement. Les urines sont rouges et rendues en petite quantité. La peau, généralement rosée, est chaude, moite, ou sèche, et d'une chaleur âcre, mordicante, s'il existe une complication gastrique. Les facultés intellectuelles ne sont pas ordinairement altérées, à moins que l'inflammation ne soit très-intense, qu'elle n'affecte une terminaison fâcheuse, ou qu'il ne s'y joigne quelque fièvre essentielle. Le sommeil est entièrement suspendu ou entièrement interrompu par la douleur, la toux et la difficulté de respirer.

Marche et durée.

Que de causes font varier la marche de la pneumonie! L'âge, le sexe, le tempérament, l'intensité des symptômes, les complications, et surtout la constitution de l'individu, n'y apportent-ils pas de grandes modifications? En général, cette phlegmasie a une marche aiguë, en sorte que, dans le plus grand nombre des cas, on en prévoit l'issue du quatrième au septième jour. Les symptômes ne présentent ni rémission ni intermission jusqu'à ce qu'ils soient parvenus à leur summum; la fièvre est continue, avec des exacerbations qui reviennent le soir ou pendant la nuit; et alors tous les symptômes prennent de l'accroissement. Lorsque l'inflammation est très-vive dès son début, il peut arriver qu'elle parcoure ses périodes dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et dans ce cas elle se termine le plus souvent par la mort. On a aussi observé que, dans certaines circonstances, la maladie qui nous occupe était suspendue par le développement d'une fièvre adynamique ou ataxique qui durait sept à huit jours; mais qu'après ce temps-là, tous les symptômes pectoraux se montraient derechef, et que la fluxion de poitrine avait une issue heureuse, ou, bien plus communément, funeste.

La durée de cette affection est subordonnée à sa marche; ainsi elle varie comme elle, et dans les mêmes circonstances. Nous pouvons néanmoins avancer que, dans son état de simplicité, elle se termine le plus souvent vers le septième, neuvième, quatorzième au vingt-unième jour.

Complications.

Plusieurs maladies peuvent se joindre à la pneumonie et former avec elle des complications diverses; mais les plus fréquentes sont, les fièvres bilieuse, adynamique, ataxique; la pleurésie et le catarrhe pulmonaire.

Complication bilieuse. On reconnaîtra celle-ci aux symptômes suivans : bouche amère, soif, anorexie, enduit jaunâtre de la langue, sentiment de plénitude et de pesanteur incommode dans la région épigastrique; nausées, vomissemens de matières alimentaires ou bilieuses ; céphalalgie sus-orbitaire ; chaleur halitueuse de la peau, mais le plus souvent sèche, âcre, mordicante. A tous ces symptômes se joignent ceux de la pneumonie, comme gêne de la respiration, douleur, toux, expectoration visqueuse et sanguinolente, quelquefois bilieuse ; pouls fréquent et large.

Complication adynamique. Elle est indiquée par la prostration des forces, le décubitus en supination ; par l'enduit fuligineux de la langue, des dents, des gencives; par la couleur terne de la peau, un état de stupeur général, et par des excrétions involontaires, etc. Pour ce qui concerne les phénomènes respiratoires, ils sont à peu près les mêmes que dans une pneumonie simple, si ce n'est que l'expectoration est presque toujours difficile par le défaut d'action des muscles

Complication ataxique. Outre les symptômes inflammatoires, la maladie se décèle par les anomalies du système nerveux, telles que la distribution inégale de la chaleur, de la sensibilité, les soubresauts des tendons, le délire plus ou moins violent, la vue égarée, les convulsions, la carphologie, etc.

Lorsque la pleurésie et le catarrhe pulmonaire compliquent l'affection des poumons, on les reconnaît facilement aux symptômes qui leur sont propres. (Voy. le *diagnostic.*)

Terminaison.

La pneumonie peut se terminer par *résolution*, par *suppuration*, par *gangrène* et par *induration*.

La *résolution* est, sans contredit, de toutes les terminaisons, la plus fréquente et la plus avantageuse ; c'est ordinairement du quatrième au huitième jour, et même au quatorzième, qu'elle arrive. Elle est annoncée par la diminution graduelle de tous les symptômes ; la toux devient plus rare, l'expectoration plus facile, plus libre, moins sanguinolente, diminue de jour en jour, et finit par disparaître ; la fièvre et les autres symptômes inflammatoires tombent peu à peu ; le son naturel de la poitrine revient, et le cylindre fait entendre la respiration dans une étendue qui s'accroît tous les jours, en commençant par la partie supérieure. La douleur s'éteint aussi graduellement ; l'anxiété est bientôt nulle ; enfin le malade n'éprouve plus aucun des symptômes qui formaient le cortége de la pneumonie : leur disparition successive rétablit les organes dans leurs fonctions, et amène une détente générale qui favorise les excrétions naturelles ou accidentelles, telles que les évacuations alvines, les urines, les sueurs, les règles, les flux hémorrhoïdal, nasal, etc., excrétions que quelques médecins regardent comme la cause de la résolution, tandis que très-souvent elles n'en sont que l'effet.

La terminaison par *suppuration* est très-fâcheuse, et presque toujours mortelle : elle se manifeste rarement avant le deuxième septénaire, si toutefois l'inflammation n'est pas parvenue très-promptement à un haut degré d'intensité. On présume que la suppuration va se faire, quand, aux septième, onzième, quatorzième et vingt-unième jours, les symptômes persévèrent, et qu'il n'y a aucune apparence de crise. On soupçonne qu'elle s'opère lorsqu'il survient des horripilations vagues, fréquentes ; une petite fièvre avec des redoublemens le soir, accompagnée d'oppressiou, de soif, d'une diminution de la douleur, d'un pouls mou et ondoyant. On reconnaît

qu'elle est opérée, à une toux opiniâtre, sèche, augmentant après le repas et l'exercice; au coucher, qui n'est supportable que sur le côté affecté; à une petite fièvre continue, que les alimens, les boissons, le mouvement font redoubler; à la rougeur des joues, des lèvres; à des sueurs nocturnes, surtout au front et à la partie supérieure de la poitrine; enfin à la pâleur, à un amaigrissement et une faiblesse extrêmes.

La matière purulente, une fois formée, peut constituer ces grandes collections auxquelles on a donné le nom de *vomiques*, quoique cela soit très-rare, ainsi que l'observe *Bichat* dans son Anatomie générale. Ces abcès, comprimant le poumon, peuvent suffoquer le malade par leur volume, ou bien par leur irruption subite dans les bronches et la trachée-artère. Quelquefois ils se font jour au-dehors au moyen des adhérences contractées par les poumons avec la plèvre, ou bien ils s'ouvrent dans une des cavités thoraciques, et produisent un empyème. On en a vu se terminer par une sputation purulente, et amener la guérison du malade; mais le plus souvent ils entraînent la consomption.

L'infiltration du pus dans le tissu pulmonaire est beaucoup plus commune que les grands abcès dont nous venons de parler. On peut même dire que celle-ci s'observe presque toujours. Il est assez fréquent de rencontrer en même temps de petits foyers inégalement distribués. Dans cet état, le pus peut être en partie rejeté par les bronches, et en partie résorbé et porté dans le torrent de la circulation pour en être ensuite éliminé par les excrétions auxquelles il communique une couleur et une odeur particulières. Les symptômes qui annoncent la résorption du pus sont à peu près les mêmes que ceux de la résolution. L'expectoration, d'abord purulente, devient moins abondante et tout-à-fait muqueuse; la toux est de plus en plus rare; la douleur disparaît insensiblement; la fièvre, qui n'existe plus que le soir et après le repas, cesse entièrement. Le cylindre fait entendre le râle muqueux et ensuite le murmure de la respiration dans une éten-

due qui va toujours croissant. Le son de la poitrine reprend ses caractères naturels.

L'*induration* des poumons, qui correspond à la période d'hépatisation, est presque toujours une terminaison funeste. Elle est annoncée par un sentiment de pesanteur dans le thorax, un accroissement de dyspnée, une respiration plus courte, plus fréquente; une diminution de la douleur; le décubitus sur le côté affecté ; l'absence de la respiration ; le son mat de la poitrine ; une fièvre légère, qui ne se manifeste souvent que le soir et après le repas. Au bout de quelque temps, la respiration devient stertoreuse; la voix s'altère profondément; le pouls s'affaiblit, devient intermittent; la figure est pâle, bouffie, infiltrée. Quand l'induration est complète, il survient du délire, des sueurs froides; les membres perdent leur chaleur naturelle, et la mort a lieu par suffocation.

La terminaison par *gangrène*, qui est très-rare, reconnaît pour causes l'excès de l'inflammation, la nature délétère de certains miasmes, ou bien le concours de quelques épidémies. On soupçonne son existence lorsque la douleur cesse tout à coup, que le malade éprouve un mieux-être inattendu, dont un médecin sans expérience pourrait pendant quelque temps s'applaudir, s'il n'était bientôt prévenu de son erreur par l'apparition de symptômes effrayans, tels qu'une débilité extrême, une face décomposée, des membres froids, converts de sueur, une expectoration ichoreuse, cendrée, noirâtre; une haleine fétide, enfin des syncopes et le délire, qui viennent compléter cette scène déplorable et terminer les jours du malade.

Diagnostic.

La pneumonie ayant beaucoup de traits de ressemblance avec la pleurésie, le catarrhe pulmonaire, la pleurodynie, l'œdème, l'emphysème des poumons, et même l'hépatite, il nous paraît très-important de la distinguer de toutes ces maladies ; et pour cet effet, nous allons exposer les caractères propres à chacune d'elles, en commençant par

la pleurésie. Dans celle-ci, on observe une douleur aiguë, superficielle, augmentée par la plus légère pression, par l'inspiration; une toux sèche; une expectoration nulle ou peu considérable, ne contenant jamais de stries de sang; le décubitus sur le côté sain; un pouls dur, petit, serré et fréquent. Dans la pneumonie, au contraire, la douleur est sourde, profonde, nullement augmentée par la pression, ni par le coucher sur le côté malade; la toux est humide, et donne lieu à une expectoration abondante, spumeuse, visqueuse, sanguinolente; le pouls est large, plein, mou. Si l'on applique le cylindre sur la poitrine d'un pleurétique, l'absence du murmure de la respiration a lieu beaucoup plus promptement que dans la pneumonie; mais on l'entend encore à la racine des poumons, parce que l'épanchement qui accompagne presque toujours la pleurésie n'existe pas dans ce point-là. L'examen de la voix, si le liquide contenu dans la poitrine est peu considérable, fait entendre un chevrotement particulier, appelé *égophonie*, lequel disparaît dans l'ampliation de la cavité, pour revenir plus tard.

Le catarrhe pulmonaire n'occasionne pas de douleur thoracique, d'expectoration sanguinolente, et ne produit pas de son mat, de râle crépitant, comme l'inflammation des poumons. Il est caractérisé par le râle muqueux, sibilant, et par la présence du murmure de la respiration dans toute l'étendue du poumon.

La pleurodynie, ayant son siége dans les muscles, sera distinguée par une douleur que la pression et les mouvemens des extrémités supérieures augmentent, par l'absence du son mat, du râle crépitant, de la toux, de l'expectoration et de la fièvre.

L'œdème du poumon, qui, comme l'indique M. le professeur *Laennec*, succède à une autre maladie, pourrait être confondu avec le premier degré de la pneumonie, si l'on n'avait égard qu'au râle crépitant, qui existe aussi dans cette affection. Mais l'expectoration est très-liquide, plus séreuse que sanguinolente; la douleur de côté ne se fait pas sentir; il n'y a pas de gêne de la respiration avec senti-

ment de constriction et d'anxiété, phénomènes qui existent dans la pneumonie.

L'emphysème des poumons offre pour caractère un son plus clair de la poitrine que dans l'état sain, une oppression assez forte et l'absence des murmures respiratoires. C'en est assez, je pense, pour le différencier de la pneumonie.

Une hépatite dont le siége est à la face convexe du foie pourrait être prise, au premier abord, pour une inflammation qui occupe la base des poumons. Avec un peu d'attention cependant, la méprise sera évitée. A la vérité, les douleurs se font ressentir, dans les deux cas, vers le même point; l'inspiration en augmente aussi l'intensité, et la percussion ne fournit rien de positif; mais, dans l'hépatite, les souffrances sont rapportées plus bas, et se propagent par voie de sympathie au cou et à l'épaule. Il n'est pas rare d'ailleurs de voir cette maladie accompagnée d'un ictère et de symptômes gastriques. La respiration se fait très-bien entendre à la partie inférieure du poumon droit, sans râle crépitant : il n'y a pas de toux ni de crachats pneumoniques.

Prognostic.

Pour peu qu'on examine la structure délicate des poumons, la grande quantité de sang qui les parcourt, l'importance de leurs fonctions relativement à toute l'économie, on ne sera pas surpris des dangers qui peuvent résulter de leur lésion. Il est une infinité de circonstances qui doivent faire varier le prognostic sur la maladie dont nous nous occupons. Ainsi il sera peu fâcheux si l'inflammation est simple, limitée, peu étendue. Il n'en sera pas de même si elle a envahi tout un poumon ou les deux à la fois; dans ce cas, le prognostic sera des plus graves. On aura encore beaucoup à redouter de l'issue de la maladie chez les personnes épuisées par l'âge, les travaux pénibles, les excès, ou déjà atteintes de quelque affection chronique de la poitrine.

L'état de la respiration est un signe que le médecin doit savoir

apprécier à sa juste valeur, pour bien baser son prognostic. *Baglivi* observe très-judicieusement qu'une respiration facile est toujours un heureux présage; qu'on ne doit jamais être sans crainte lorsqu'elle se fait avec difficulté, et qu'enfin l'altération de cette fonction, quand elle vient à s'accroître, est une preuve des plus certaines et des plus manifestes de l'augmentation de la phlegmasie. En général, on doit avoir d'autant moins d'espoir que la respiration est petite, fréquente, entrecoupée, que le malade est obligé de rester sur son séant, et qu'il survient du délire, un râle trachéal, avec absence du murmure respiratoire. La coexistence des trois derniers symptômes est le signal d'une mort prochaine.

La nature de l'expectoration peut encore influer sur la terminaison heureuse ou malheureuse de la pneumonie. Les crachats sont-ils blancs, jaunâtres, opaques et rendus avec facilité dans les premiers jours, on doit en tirer un très-bon augure. Sont-ils grisâtres, noirâtres, fétides, on n'a plus rien à espérer, car le malade n'a que quelques heures de vie.

Le pouls, quoique très-variable, a aussi ses caractères prognostiques; il est d'un bon présage quand il est souple, développé, égal. Il y a lieu de craindre, au contraire, lorsqu'il est faible, petit, inégal, surtout dans les circonstances où les autres symptômes acquièrent de l'intensité.

On peut dire que le prognostic sera d'autant plus grave que la phlegmasie sera plus aiguë, qu'elle se sera développée sous l'influence de causes plus actives sur un sujet fort, sanguin; qu'elle sera plus compliquée, et que le médecin aura été appelé à une époque plus éloignée de l'invasion.

Autopsie.

Dans le premier degré de la pneumonie, les poumons offrant une consistance et une pesanteur plus grandes que dans l'état naturel, sont d'une couleur livide, violacée, et encore crépitans. Si l'on incise leur

tissu, on en voit suinter une sérosité plus ou moins sanguinolente, spumeuse et trouble. Dans le deuxième degré, il n'existe plus de crépitation; le parenchyme pulmonaire se présente sous la forme d'une masse dure, rouge et facile à déchirer. On y distingue des vaisseaux dilatés, des rameaux bronchiques injectés, et les cloisons celluleuses, minces, interlobuleuses, qui sont beaucoup plus apparentes que dans l'état sain. Les incisions faites sur la partie malade ne laissent s'écouler aucun liquide; mais si l'on râcle leurs surfaces avec le scalpel, on exprime une matière sanguinolente plus trouble et plus épaisse que dans le cas précédent, entremêlée de portions opaques, blanchâtres et puriformes. Lorsqu'on déchire le point engorgé, on aperçoit de petites granulations arrondies plus ou moins nombreuses, qui font ressembler les poumons au tissu du foie. C'est à cette altération particulière que les auteurs ont donné le nom d'*hépatisation*.

On observe assez fréquemment chez des vieillards et des sujets lymphatiques une sorte d'induration pulmonaire d'une couleur grisâtre. Celle-ci, formée selon les apparences par de la lymphe, est beaucoup plus longue à se résoudre que l'induration sanguine, et devient plus souvent mortelle.

La maladie étant parvenue au troisième degré, c'est-à-dire à la période de suppuration, le tissu pulmonaire conserve encore sa dureté et son aspect granuleux; mais il est d'une couleur blanche, jaune-paille. Si on le coupe par morceaux, il en sort une matière jaune, opaque, visqueuse, évidemment purulente, d'une odeur fade. Lorsqu'on rencontre de petits abcès, on remarque que leurs cavités, plus ou moins anfractueuses, plus ou moins inégales, sont tantôt pleines, tantôt presque vides, et qu'elles communiquent souvent avec les bronches par des orifices d'un très-petit diamètre.

Le tissu pulmonaire frappé de gangrène a à peu près la densité de la pneumonie au premier degré. Il est humide, très-diffluent, et présente plusieurs nuances de couleur mêlées irrégulièrement, qui varient depuis le blanc sale et verdâtre jusqu'au noir. Quelquefois la plèvre enflammée, et la peau correspondant à la partie affectée,

offrent aussi cette teinte. On rencontre çà et là des points ramollis et tombés en déliquium putride. Les parties lésées sont imprégnées d'un liquide sanieux très-infect. Un engorgement inflammatoire, rarement porté jusqu'au deuxième degré, établit la ligne de démarcation entre le mort et le vif.

Traitement.

Parmi les moyens propres à diminuer l'inflammation des poumons, il n'en est pas de plus énergique et de plus prompt que la saignée. Pour en obtenir de bons effets, on doit la pratiquer largement, dans les premières heures de l'invasion, sans hésiter à revenir à son emploi autant de fois que cela paraîtra nécessaire. On évitera néanmoins de tirer du sang jusqu'à la syncope, de crainte que le malade ne périsse suffoqué durant l'accident.

Les anciens auteurs ont émis différentes opinions sur l'endroit le plus convenable de faire la saignée. Ainsi *Hippocrate, Celse, Galien* et *Sydenham* ont été unanimement d'avis qu'il fallait saigner d'abord le bras du côté affecté. *Cælius Aurélianus, Arétée, Avicenne*, ont cru, au contraire, qu'on devait ouvrir la veine du bras du côté opposé à la douleur. *Barthez* et *Alphonse Leroy* se sont prononcés en faveur de la saignée du pied, et *Haller* dit avoir sauvé plusieurs individus par l'incision de la jugulaire. Quelque nombreux que soient les faits sur lesquels repose la manière de voir de ces grands praticiens, nous regardons cette question comme à peu près indifférente, quoiqu'on accorde généralement aujourd'hui la préférence à la saignée de l'un ou de l'autre bras.

La quantité de sang à évacuer doit être proportionnée à l'intensité, à l'étendue de l'inflammation, à l'âge et à la force du sujet que l'on traite. Lorsque la pneumonie est très-modérée et marche avec régularité, il faut être sobre sur les émissions sanguines. Dans le cas, au contraire, où la maladie est très-intense, qu'il existe une dyspnée considérable, tous les praticiens conviennent qu'il est urgent de pratiquer de copieuses saignées plus ou moins répétées.

Ce serait une erreur de croire que, dans ces diverses évacuations, on doive se laisser diriger par l'état du pouls et l'existence de la couenne inflammatoire. Combien de fois n'a-t-on pas vu un pouls petit et irrégulier coïncider avec une difficulté de respirer très-grande, qu'une large saignée enlevait comme par enchantement! Quant à la couenne inflammatoire, il arrive assez souvent qu'elle ne se manifeste qu'après plusieurs ouvertures de la veine. Au reste, elle n'est pas particulière aux phlegmasies de la poitrine, puisqu'on l'obtient chez des personnes qu'un état de pléthore fait recourir à des saignées de précaution.

Relativement à l'âge des malades, le médecin ne doit pas ignorer que les enfans s'épuisent très-promptement par les saignées, et que les vieillards les supportent difficilement, parce qu'ils ne réparent pas bien les pertes. Il n'imitera donc pas la conduite de *Franck* à l'égard de ces derniers, lorsqu'il dit : « Dernièrement, dans une phlegmasie « très-grave des poumons, nous avons eu le plaisir de sauver, au « moyen de neuf saignées, la vie à un octogénaire. »

L'époque à laquelle on doit cesser les évacuations sanguines n'a pas été bien déterminée. Les uns ne veulent plus saigner passé les deux ou trois premiers jours; d'autres, et particulièrement *Galien*, posent en précepte qu'on peut faire cette petite opération dans tous les degrés de la maladie, pourvu que les forces de l'individu le permettent. L'opinion de ce grand homme semblerait trouver un appui dans la pratique d'*Hippocrate*, d'*Hurham*, de *Tissot*, qui ont saigné le huitième, neuvième et dixième jour de la phlegmasie.

On a cru remarquer que la douleur et la fièvre augmentent quelquefois par la première saignée; mais alors, en réitérant cette dernière, le calme ne tarde pas à se rétablir.

L'état de grossesse, l'écoulement des menstrues, des lochies, ne peuvent s'opposer aux émissions du sang, si l'inflammation est très-aiguë. Une pleurésie, un catarrhe pulmonaire qui viennent ajouter à la gravité de celles-ci, loin de les proscrire, fournissent au praticien les meilleures indications pour insister sur leur emploi.

On est généralement d'accord que les saignées sont plus nuisibles qu'utiles dans les complications bilieuses, adynamiques ou ataxiques, lorsque les symptômes inflammatoires ne sont pas prédominans.

Les saignées locales n'obtiennent pas ici les mêmes résultats que dans une pleurésie, quoiqu'on puisse encore les employer avec succès immédiatement après les saignées générales, ou lorsque celles-ci ayant échoué, un pouls petit, faible et fréquent, fait craindre l'adynamie chez un sujet faible ou chez un vieillard. C'est le moyen que l'on doit préférer pour combattre la pneumonie des enfans et pour rappeler un flux supprimé.

Tandis qu'on dégorge ainsi le poumon en diminuant la masse générale du sang, il est très-avantageux de couvrir la poitrine de topiques émolliens, qui, souvent renouvelés, calment la douleur et l'irritation, et amènent une détente favorable par la correspondance sympathique qui excite entre la peau et les organes de la respiration. Ce n'est guère que dans un état avancé de la maladie, lorsque l'expectoration est difficile ou supprimée, que la suppuration est imminente, qu'il survient des symptômes adynamiques ou ataxiques, qu'il convient d'avoir recours aux vésicans, ou autres révulsifs irritans, et de seconder leurs effets par des préparations toniques ou opiatiques. Si cependant la phlegmasie était due à la répercussion d'un exanthème cutané, à la rétrocession de la goutte, du rhumatisme, il faudrait en faire usage dès le commencement; et dans ce cas on les appliquerait sur le lieu qu'occupaient ces affections.

On donnera au malade, pour boisons habituelles, des tisanes adoucissantes et mucilagineuses, telles que l'eau d'orge, de gomme; celle de veau, de poulet; les décoctions de racine de chiendent, de réglisse, l'infusion de fleurs de guimauve, qu'on édulcore avec le miel ou un sirop approprié; des émulsions, des looks, des juleps. Les acides, ayant l'inconvénient de faire tousser certaines personnes, ne conviennent que dans la complication bilieuse, ou lorsque la chaleur est trop forte. On recommande alors les sirops de groseilles, de mûres, de framboises, dans un véhicule très-étendu, ou bien une légère li-

monade très-sucrée. Toutes ces boissons doivent être prises tièdes et en très-petite quantité à la fois. On peut encore faire concourir à leur emploi l'inspiration de vapeurs émollientes, qui servent à apaiser la toux et à faciliter l'expectoration.

Après la disparition complète des symptômes d'irritation, on doit rendre les tisanes ou les looks un peu excitans par l'addition de kermès, de l'ipécacuanha ou de la scille. On prescrira en même temps le polygala de Virginie, le carbonate, l'acétate d'ammoniaque, les fleurs d'arnica, l'éther sulfurique, le kermès, le camphre, etc.

Il est quelquefois utile d'avoir recours aux narcotiques, tels que le sirop diacode, l'extrait aqueux d'opium, le laudanum, quand le malade est très-agité, que la toux le fatigue beaucoup et l'empêche de dormir. Néanmoins il faut en user avec réserve, dans la crainte de produire quelque congestion cérébrale, ou d'augmenter la phlegmasie, comme cela a été observé.

Les vomitifs et les purgatifs sont très-bien indiqués dans le cas où la pneumonie est compliquée d'un état suburral des voies gastriques. Le vieillard de Cos devait en sentir alors l'utilité, puisqu'il s'exprime en ces termes : *Purgandum in valdè acutis, si turgeat maturia, eâdem die ; morari enim in talibus, malum, est.* Mais on doit toujours faire précéder leur usage de saignées générales ou locales, si, dès le début de la maladie, l'apparition de quelques phénomènes inflammatoires inspire des craintes assez vives.

On a beaucoup préconisé dans ces derniers temps le tartrate de potasse et d'antimoine, administré suivant la méthode de *Rasori*. Ce remède, qu'on croit agir à haute dose comme excitant du système absorbant, a très-bien réussi à M. le professeur *Laennec* pour combattre certaines pneumonies. Ce praticien distingué en a prescrit, dans des cas désespérés jusqu'à dix-huit grains.

Quand la phlegmasie pulmonaire a des exacerbations et des redoublemens qui lui donnent quelque ressemblance avec les fièvres inter-

mittentes, plusieurs auteurs regardent le quinquina comme le médicament le plus propre à faire cesser les paroxysmes. Au contraire, disent-ils, il est indispensable de recourir aux antiphlogistiques, tant que l'état d'acuité persiste d'une manière continue; mais ce serait en faire usage en pure perte, si l'on ne favorisait leur action par un régime assez sévère, et par les ressources nombreuses de l'hygiène. Ainsi on interdira au malade toute espèce de nourriture; on éloignera toutes les causes qui peuvent agir sur son physique ou sur son moral. L'air de l'appartement qu'il occupe sera doux, tempéré, et, autant que possible, toujours le même. Chaque fois qu'on le renouvellera, il faudra le faire avec précaution, afin d'éviter l'impression du froid, qui pourrait répercuter des sueurs critiques. Le lit sera garni plutôt de matelas de crin que de laine; on bannira les coussins de plume, qui ont l'inconvénient d'augmenter la céphalalgie et l'anxiété; les couvertures seront légères, pour ne pas exciter une transpiration toujours dangereuse; le silence et le repos les plus absolus seront observés. A mesure cependant que l'inflammation perdra de son intensité, on devra se relâcher sur la rigueur du régime; on commencera par permettre à l'individu souffrant des bouillons coupés; plus tard on lui donnera quelques potages au riz, au vermicelle, à la semoule; et par l'usage des gelées, des viandes blanches, on le ramenera à son genre de vie habituel.

Le médecin qui ne veut rien donner au hasard doit être bien pénétré, comme l'observe M. *Pinel*, que, dans le traitement d'une maladie, il faut suivre avec l'attention la plus scrupuleuse l'ensemble et la série successive des symptômes; chercher à pénétrer la direction qu'affecte la nature, pour la secourir, si elle est favorable, et la détourner, si elle est nuisible.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* Pariset).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 3, *aph.* 2.

III.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

IV.

In morbis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior alterum obscurat. *Sect.* 2, *aph.* 46.

VI.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.